



Número de control de OMB: 1235-0003

Fecha de vencimiento: 5/31/2018

SECCIÓN I: A completar por el EMPLEADOR

INSTRUCCIONES para el EMPLEADOR: La Ley de ausencia familiar y médica (FMLA por sus siglas en inglés) dispone que un empleador puede exigir que un empleado que busca protección bajo la FMLA, debido a la necesidad de ausentarse por una afección médica grave, entregue un certificado médico emitido por el proveedor médico del empleador. Complete la Sección I antes de entregar este formulario a su empleado. Su respuesta es voluntaria. Aunque usted no está obligado a usar este formulario, no puede pedirle al empleado que le entregue más información de la permitida por los reglamentos de la FMLA, 29 C.F.R. §§ 825.306-825.308. Los empleadores generalmente deben mantener los informes y documentos relacionados con certificaciones médicas, recertificaciones o historiales clínicos de los empleados, creados para fines de la FMLA, como informes médicos confidenciales, en archivos/registros separados de los expedientes generales de personal y de conformidad con 29 C.F.R. § 1630.14(c)(1), si se aplica la Ley de estadounidenses con discapacidades, y de conformidad con 29 C.F.R. § 1635.9, si se aplica la Ley de no discriminación por información genética.

Nombre e información de contacto del empleador: _____

Cargo que ocupa el empleado: _____ Horario habitual de trabajo: _____

Funciones laborales esenciales del empleado: _____

Marque aquí si se adjunta la descripción del cargo: _____

SECCIÓN II: A completar por el EMPLEADO

INSTRUCCIONES para el EMPLEADO: Complete la Sección II antes de entregar este formulario a su proveedor médico. La FMLA permite que un empleador exija que usted entregue un certificado médico completo, dentro del plazo establecido y con suficiente información médica que fundamente una solicitud de ausencia bajo la FMLA debido a su propia afección médica grave. Si su empleador así se lo solicita, su respuesta es obligatoria para obtener o retener los beneficios recogidos en la FMLA. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3). Si no entrega un certificado médico completo y satisfactorio, se le podría denegar su solicitud bajo la FMLA. 29 C.F.R. § 825.313. Su empleador tiene que darle al menos 15 días de calendario para devolver este formulario. 29 C.F.R. § 825.305(b).

Su nombre: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

SECCIÓN III: A completar por el PROVEEDOR MÉDICO

INTRUCCIONES para el PROVEEDOR MÉDICO: Su paciente ha solicitado un periodo de ausencia bajo la FMLA. Responda en su totalidad y de manera completa a todas las secciones aplicables. Varias preguntas piden respuestas sobre la frecuencia o duración de una afección, tratamiento, etc. Su respuesta debe ajustarse a lo que usted considere basándose en sus conocimientos médicos, experiencia y revisión médica del paciente. Sea lo más específico posible; términos como “toda la vida”, “desconocido” o “indeterminado” podrían no ser suficientes para determinar la cobertura según la FMLA. Limite sus respuestas a la afección por la cual el empleado está solicitando su ausencia. No proporcione información sobre pruebas genéticas, según lo definido en 29 C.F.R. § 1635.3(f), sobre servicios genéticos, según lo definido en 29 C.F.R. § 1635.3(e), ni sobre la manifestación de enfermedades o trastornos en familiares del empleado, 29 C.F.R. § 1635.3(b). Asegúrese de firmar el formulario en la última página.

Nombre y dirección del consultorio del proveedor: _____

Tipo de consulta/Especialidad médica: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____

PARTE A: DATOS MÉDICOS

1. Fecha aproximada del comienzo de la afección: _____

Duración probable de la afección: _____

Marque lo que corresponda:

¿Se ingresó al paciente para pernoctar en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial?

___ No ___ Sí. De ser así, indique las fechas de ingreso:

Fecha(s) en que usted trató al paciente por su afección:

¿Necesitará el paciente visitas de tratamiento al menos dos veces al año debido a su afección? ___ No ___ Sí.

¿Se le recetó algún medicamento, aparte de medicamentos sin receta? ___ No ___ Sí.

¿Se envió al paciente a otro proveedor de atención médica para su evaluación o tratamiento (por ejemplo, fisioterapia)? ___ No ___ Sí. De ser así, indique el tipo de tratamiento y la duración prevista de dicho tratamiento:

2. ¿Es la afección médica un embarazo? ___ No ___ Sí. De ser así, indique la fecha prevista del parto:

3. Utilice la información proporcionada por el empleador en la Sección I para responder a esta pregunta. Si el empleador no ha proporcionado una lista de las funciones esenciales del empleado o una descripción del trabajo, conteste las preguntas basándose en la descripción proporcionada por el empleado de sus funciones laborales.

¿Es el empleado incapaz de realizar alguna de sus funciones laborales a consecuencia de su afección?

___ No ___ Sí.

De ser así, identifique las funciones laborales que el empleado no puede realizar:

4. Describa cualquier otra información médica pertinente, si la hubiera, relacionada con la afección por la cual el empleado pide el permiso (dicha información médica puede incluir síntomas, diagnóstico o cualquier régimen de tratamiento continuo, como el uso de equipo especializado):
